

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul GERMAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Obstétrique

à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 30 Mai 1915, à TOURS (Indre-et-Loire)

Contribution à l'Etude
des Perforations Utérines

Une observation de perforation utérine
criminelle et latente

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1811

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul GERMAN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Moniteur d'Obstétrique

à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 30 Mai 1915, à TOURS (Indre-et-Loire)

Contribution à l'Etude
des Perforations Utérines

Une observation de perforation utérine
criminelle et latente

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

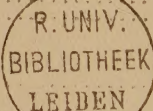
1939

I. — Professeurs

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie médicale et générale
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Clinique médicale
Hygiène et clinique de la pré
Clinique des maladies des en
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique d'accouchements
Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
Clinique de neuro-chirurgie
Clinique cardiologie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROBL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBOULLET
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
AMELINE
BARIETY
FENARD Henri
BERNARD Et.
BESANCON (J.)
BOULIN
BULLIARD
CATHALA
COSTE
CHEVALLIER
DOGNON
FUNCK-
FEY
GAILLARD
GASTINEL
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Hydrologie.
Pathologie médicale.
Histologie.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Physique
Pathologie chirurgicale.
Urologie.
Parasitologie.
Bactériologie.

MM.
DE GAUDART
D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
GAYET
DE GENNES ... Physiologie.
CHROUD
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN ... Histologie.
HUGUENIN ... Pathologie médicale.
JOANNON ... Oto-rhino-laryngologie.
LACOMME ... Anatomie pathologique.
LANTUEJOUL .. Hygiène.
LAROCHE Guy.
LAVIER
LELONG
Obstétrique.
Pathologie médicale.
Parasitologie.
Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{me} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CHABROL }
 DONZELOT }
 DUVOIR } Clinique médicale
 LIAN }
 PASTEUR- VAL
 LERY-RADOT.. }
 SEZARY }

MM.

BASSET }
 BROCO }
 CADENAT }
 GATELLIER ... } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 VELTER }

ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEILL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Faible témoignage d'affectueuse
reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui m'a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

Par la clarté de la pensée et
l'élégance de la forme, ses leçons
du jeudi matin à la Clinique Tarnier
m'ont fait d'emblée goûter
l'obstétrique.

Externe dans son Service, il m'a
toujours, avec bienveillance, donné
toutes les possibilités de travail.

Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de ma gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui a inspiré ce travail.

D'un abord facile, d'une bonté
inlassable, il a bien voulu, à la
Clinique Tarnier, multiplier pour
nous les explications que sa grande
expérience émaillait d'observations
personnelles.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Dont je fus le stagiaire ou l'externe.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE
MONSIEUR LE DOCTEUR DEGOS
MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PERFORATIONS UTÉRINES

INTRODUCTION

I. — Définition et limitation du sujet.

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier une observation de perforation utérine, qui présente trois particularités essentielles :

D'une part cette perforation utérine fut provoquée par une femme au cours de manœuvres abortives : nous la dirons donc *criminelle*.

D'autre part cette perforation ne se signale par aucun symptôme : nous la qualifierons donc de *latente*.

Enfin cette perforation se compliqua de la *réten*tion du corps étranger vulnérant dans la cavité abdominale sans qu'il en résulte aucun phénomène pathologique.

II. — Tableau de la perforation classique de l'utérus.

Cependant, la latence et l'évolution favorable de la perforation utérine, dont nous relaterons l'observation, ne doit pas nous faire oublier que, dans l'immense majorité des cas, il en va tout autrement.

La symptomatologie, quoique parfois un peu fruste, permet cependant de faire le diagnostic.

La *douleur* est le premier symptôme qui inquiète la malade. D'abord la douleur, qui survient au moment de l'accident, quelquefois syncopale. Puis cette douleur peut persister, souvent s'atténue un peu avec des reprises plus pénibles. Son siège est hypogastrique, ou latéral dans les fosses iliaques, ou haut sous les côtes, ou lombaire.

Les métrorragies ont exceptionnellement une abondance et un aspect faisant la preuve d'une grave lésion vasculaire.

L'examen gynécologique sera très minutieux.

Le doigt perçoit parfois dans le col l'un des orifices de la perforation ; le palper du corps réveillerait parfois dans de bonnes conditions d'examen une douleur fixe du fond, d'une corne, d'une des parois. Mais ces points douloureux ne pourraient qu'éveiller nos soupçons, car dans les suites d'avortements les plus simples on peut les constater. C'est plutôt dans l'étude de la région périutérine qu'il faut s'employer. L'on recherchera la sensibilité douloureuse du Douglas, la sensibilité douloureuse et la contracture au niveau de l'hypogastre, la contracture segmentaire à droite ou à gauche de la ligne médiane parfois très localisée, matité déclive dans les flancs, matité à l'hypogastre. Après avoir éliminé la possibilité d'une lésion annexielle, ces signes de pelvipéritonite réactionnelle associés à des signes d'hémorragie doivent imposer une surveillance attentive.

L'examen au spéculum a pu, dans certains cas, permettre de voir la perforation vaginale, une frange épiploïque.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels Mondor, déconseillent la colpotomie, l'exploration digitale ou instrumentale de l'utérus.

Enfin il faut savoir ne pas être trop vite optimiste, la perforation utérine pouvant se révéler après une période de latence de durée variable.

III. — Gravité des perforations utérines.

Dans une discussion ouverte par Picot, en 1936, à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, Mondor a insisté sur la gravité des perforations utérines, surtout lorsqu'elles surviennent au cours de manœuvres abortives. Et, en effet, quand une lésion traumatique expose à la fois au saignement vite mortel, à la péritonite suraiguë, au sphacèle de l'intestin, à l'infarctus tubo-utérin massif on a le droit de la dire très grave. Tous les modes d'*infection*, depuis l'infiltration puriforme de l'utérus (Viannay) à la péritonite généralisée, en passant par la cellulite pelvienne (Desplats, d'Allaines, Bréchet et Griveaut), le phlegmon du ligament large (Galtier) ont été observés. Tous les modes d'*hémorragies* ont été vus : l'hémorragie externe foudroyante (J.-L. Faure), l'inondation péritonéale (Kaufmann), l'infarctus tubo-utérin (Grumbelt), l'infarctus du ligament large (d'Allaines, Kaufmann). Tous les modes de pincement de l'intestin dans l'uté-

rus ont été rapportés. On peut encore citer d'autres exemples : perforation à la fois de l'utérus et d'une grossesse tubaire (Richard), étranglement intestinal (Huet), perforation silencieuse, jusqu'aux accidents septiques graves (Sauvé), déchirure de la vessie (Gueulette), arrachement du côlon sigmoïde (Soupault, Brouet), infarctus du côlon (Desplats), lésions du côlon (Finsterer).

La perforation utérine favorise encore les septicémies, les pyohémies, les phlébites, les hépatonéphrites.

Nous aurons l'occasion de revenir sur la question, mais donnons dès maintenant quelques chiffres : sur 79 cas de perforation utérine il y eut 13 cas mortels, soit une proportion de 16,4 %, et au moins 10 cas avec lésions intestinales associées, soit 12,6 %. Citons deux statistiques étrangères : à Hambourg, d'après Heynemann, 3 morts sur 10 perforations ; à Vienne, d'après Peham et Katz, de 1906 à 1925, on signale plus de 100 morts.

IV. — Etiologie des perforations utérines traumatiques.

1° Les perforations utérines surviennent dans la majorité des cas au cours d'*interventions thérapeutiques*.

a) Le *curetage* de la cavité utérine est le grand responsable et au cours des séances de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, qui en 1931

s'occupèrent de la question des perforations utérines, ce fut surtout cette étiologie qui fut envisagée.

b) L'*hystéromètre* manié un peu fortement a pu perforer l'utérus ; une observation de Dovay en donne un bel exemple.

c) La *bougie de Hegen*, enfin, est responsable de quelques perforations, ainsi que le rapporte Ferrari.

2° A côté de l'intervention thérapeutique, c'est au cours des tentatives en vue d'obtenir un *avortement criminel* que, par maladresse, l'utérus est perforé.

Les agents vulnérants sont multiples. Nous reverrons cette question lorsque nous discuterons notre observation.

V. — Conclusion.

Donc, dans l'immense majorité des cas, la perforation utérine traumatique est un accident riche par sa symptomatologie, d'étiologie souvent médicale et de pronostic grave.

L'observation qui constitue le sujet de cette thèse relate, au contraire, le cas d'une perforation utérine latente due à une manœuvre criminelle et d'évolution favorable.

UNE NOUVELLE OBSERVATION DE PERFORATION UTERINE CRIMINELLE ET LATENTE

Notre malade fut suivie dans le Service de M. le Professeur Jeannin, à la Clinique Tarnier, à Paris.

Le 20 janvier 1938 se présente à la consultation des femmes enceintes, placée sous la direction de M. le Professeur Agrégé Lantuéjoul, une jeune femme de 31 ans en instance de divorce, multipare. Elle nous déclare qu'elle est enceinte et que, ce fait l'ayant beaucoup ennuyé à cause de son procès en divorce, elle a tenté de se faire avorter. La veille, elle avait acheté, chez un pharmacien, une sonde en gomme et, le soir, elle s'était, étant couchée, introduit cette sonde dans le vagin, puis, par l'orifice cervical, dans l'utérus. Elle ne ressentit pas la moindre douleur et il ne se produisit pas le plus petit écoulement de sang. Puis, ainsi qu'on le lui avait conseillé, elle garda la sonde toute la nuit. Le lendemain matin, après une excellente nuit, elle veut retirer la sonde et ne la retrouve plus. Elle s'examine minutieusement, cherche dans son lit, dans sa chambre et ne retrouve toujours pas la sonde en gomme.

Elle se demande alors si elle n'est pas restée dans la matrice et vient consulter à Tarnier, quoi qu'elle ne ressente aucune douleur.

L'examen minutieux de la femme, pratiqué par M. Lantuéjoul, ne révèle *aucun symptôme anormal*. L'inspection du ventre montre qu'il respire normalement ; la *palpation* ne décèle aucun point douloureux ni abdominal, ni lombaire, ni sous-costal, aucune contracture même très localisée et aucune défense de la paroi : le ventre est souple et indolore.

La *percussion* ne montre ni matité dans les flancs, ni matité dans la région hypogastrique.

Le *toucher vaginal associé au palper abdominal*, la malade en position gynécologique, couchée sur une table spéciale, permet de constater que :

1° *la malade n'est pas enceinte*. Le col est ferme, les culs-de-sac latéraux vides ; le corps utérin, palpable, est petit, de type infantile ;

2° on ne trouve *aucun signe de perforation* utérine ou vaginale : le col est normal, fermé, les culs-de-sac latéraux vides et non douloureux, le cul-de-sac de Douglas insensible ; on ne réveille aucune douleur en palpant le corps utérin.

On pratique alors l'*examen au spéculum* avec un bon éclairage. Il permet de constater que la muqueuse vaginale est intacte ; aucune déchirure, en particulier dans les culs-de-sac. Le col utérin conique et atrophie est fermé. Il ne laisse pas échapper de sang.

On cherche alors si la sonde ne serait pas entrée dans le méat urinaire ; on ne trouve rien.

L'examen était donc entièrement négatif : aucun signe de grossesse, aucun signe de perforation utérine.

M. Lantuéjoul fait part à la malade du résultat de son examen et lui conseille de rechercher sa sonde chez elle. La femme proteste, déclare qu'elle est enceinte et que sa sonde est sûrement restée dans elle. C'est alors que l'on demande une radiographie de son abdomen, sans préparation.

La radiographie de notre malade revisa toutes nos idées sur elle et réforma le diagnostic.

Dans la fosse iliaque droite, la sonde en gomme, repliée en plusieurs sinuosités, était parfaitement visible. Son ombre se superposait avec celle du cæcum et du côlon ascendant.

Le radiographe consulté pensait qu'elle se trouvait dans le côlon ascendant. Mais alors se posaient deux problèmes. Celui de la porte d'entrée : la femme est à nouveau questionnée ; elle maintient que la sonde a été enfoncée par la vulve et non par l'anus.

D'autre part on ne voit pas par quel mécanisme un objet solide intra-rectal avait pu cheminer jusqu'au côlon ascendant.

Le Professeur Jeannin réexamine la malade à ce moment : il constate, comme aux examens précédents, l'absence de tout signe clinique pathologique ; il écarte l'hypothèse que la sonde soit dans le côlon ascendant pour les motifs que nous avons exposés et suppose qu'après avoir traversé l'utérus elle s'est placée dans la cavité abdominale, fixée sans doute par des adhérences.

La malade est mise en observation à la Clinique Tarnier, sous une surveillance attentive. Les examens

cliniques sont multipliés, ils restent négatifs. Des radiographies sont refaites avec des incidences variables ; elles permettent de dissocier l'ombre de la sonde de celle du côlon et font penser que la sonde est fixée contre le cæcum et côlon ascendant par des adhérences.

L'état général de notre malade reste toujours excellent ; on pratique les examens préopératoires. La température et le pouls sont normaux, la tension artérielle à 12-7. Le temps de saignement et de coagulation sont normaux. L'urée sanguine est à 0 gr. 22 par litre.

Le Professeur Jeannin se décide à intervenir le 9 avril sous anesthésie générale au mélange de Schleich, aidé par M. Richard, Chef de Clinique du service.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On met à jour une zone d'adhérences très rouges sur la partie latérale droite du fond utérin. En disséquant un peu ce tissu d'adhérences on tombe tout de suite sur la boucle de la sonde en gomme. On achève de la dégager des adhérences et on l'enlève ensuite très facilement. Après son ablation on sépare une anse grêle très adhérente au fond de l'utérus au point de la perforation, qui est difficilement visible en coupant un petit fragment de muscle utérin. Ce fragment reste adhérent à l'anse intestinale. Du point de la perfora-

tion la sonde passe sous cette anse grêle qui est adhérente au cæcum et au côlon ascendant et dans le tissu d'adhérences qui remonte le long du bord interne du cæcum. La paroi utérine est suturée en deux points. On met en place un sac de Mickulicz, avec trois mèches de gaze ; il isole la perforation des anses intestinales. En examinant soigneusement les anses à ce niveau on ne note aucune perforation. On procède à l'ablation d'un petit fibrome sous-péritonéal situé sur le fond utérin et de la grosseur d'une noisette.

SUITES OPÉRATOIRES.

Un petit phlegmon de la paroi guérit rapidement. On a noté pendant quelques jours l'issue par les mèches et le Mickulicz de liquide sanieux. Il ne se produisit pas d'occlusion intestinale.

Le 14 mars 1938, la malade, entièrement guérie, quittait la clinique Tarnier.

Cependant quelques jours après elle revenait à la consultation, déclarant qu'elle était toujours enceinte et qu'elle avait voulu se faire avorter en s'introduisant dans l'utérus une épingle-nourrice ! Un examen minutieux, suivi de radiographies répétées montra qu'elle n'était pas plus enceinte que la première fois — elle était simplement privée de ses règles par une maladie de Basedow discrète — et que cette fois-ci son épingle de sûreté n'avait pas pris le chemin de la sonde.

Elle n'est plus venue consulter et nous l'avons entièrement perdue de vue.

ETUDE CRITIQUE DE L'OBSERVATION

Reprenons maintenant l'étude de cette observation d'une façon systématique à la lumière des cas analogues.

I. — Etiologie.

C'est au cours d'une *tentative d'avortement* que notre malade a perforé elle-même son utérus.

En général c'est un avorteur ou une « faiseuse d'anges » qui soit par son incompétence soit plus encore par son affolement, perfore l'utérus. C'est en particulier l'opinion de M. Bonafos et A. Laffont, d'Alger, qui écrivent : « les blessures les plus graves de la matrice dans les tentatives d'avortement sont dues à des médecins » — parfois c'est un parent, comme le rapporte Karl Hérold, qui fait l'avortement et la perforation. Cependant si la perforation est le plus souvent faite par un tiers, Hammerschalf signale le cas d'une femme qui, comme notre malade, s'était perforée seule l'utérus.

L'*agent vulnérant* est extrêmement variable.

Dans notre cas c'était une sonde urétrale en gomme.

Mondor, qui a étudié minutieusement la question,

croit nécessaire de citer les objets auteurs de perforations utérines. On a trouvé : épingles à cheveux, aiguilles à tricoter, plume d'oie, porte-plume, plume à écrire en métal, tringles à rideaux, baguettes de bois, fil de fer, stylet, sondes en gomme (plusieurs cas récents), sonde en caoutchouc durci, seringue, hystéromètre, laminaire, bougie de Kégar, dilatateur, balaine de parapluie, ciseaux, branche de cerisier, fémur de poulet, épingle de châte, tige d'algue marine, épi de blé, fourchette d'enfant, pince à pansement, cure-dent, cure-oreille. Il est bien évident que la nature de l'agent vulnérant employé varie suivant la profession de l'auteur de la tentative abortive. Il varie aussi suivant la nationalité. Chaque habitant d'un pays ayant électivement des objets plus faciles à se procurer ou plus familiers. Pollak et Brouardel citent les fuseaux des Hongroises, les aiguilles de bois des Slovaques, la racine de mauve en Roumanie, la grande nervure de la feuille de tabac en Turquie, les fines branches de bambou des Japonaises ; dans l'Inde, enfin, on se sert de la racine du *plumbago zeilania*.

II. — Anatomie pathologique.

La perforation a été *complète*, intéressant la muqueuse, la musculieuse et la séreuse. Cela est bien dans la règle, car, sauf sur l'isthme, on ne voit guère de perforations utérines respecter la séreuse péritonéale.

Le *diamètre* de l'orifice était ici très petit, ce qui

s'explique par le diamètre réduit de la sonde, et il a fallu le rechercher. Cet orifice était d'ailleurs oblitéré par des adhérences dues à l'accolement d'une anse grêle, d'une façon tellement intime que l'on a dû laisser un fragment d'utérus accolé à l'anse grêle.

Le siège de la perforation était situé sur le fond dans sa partie droite. C'est pour Mondor le siège le plus fréquent. Il cite, s'appuyant sur une statistique de Péhan et Katz, 57 perforations du fond, 34 du corps, 15 du col. Cependant, d'autres auteurs citent des statistiques qui tendent à prouver que la perforation est plus fréquente sur l'isthme. Ils l'expliquent par la couture de la charnière de Hégar.

Guyot et Villar, de leur côté, expliquent le grand nombre de perforations du fond utérin par l'enfoncement brutal de l'agent vulnérant ou, chez les demi-compétents, avorteurs professionnels, par la confusion entre la résistance du fond utérin et celle de l'anneau de striction du col. Chez notre malade c'est sans doute la première hypothèse qu'il faut incriminer : brutalité de la manœuvre abortive chez une femme désirant absolument se faire avorter.

Enfin notons que le siège de la perforation explique en partie que l'on n'ait pas eu les hémorragies graves des perforations latérales par lésion des vaisseaux.

III. — Complications.

Elles ne surviennent pas fatalement et, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, qui avait

institué un débat sur la question, J. Mangé rapporta, le 8 décembre 1931, une observation d'évolution bénigne.

Une jeune fille de 22 ans, enceinte de deux mois et demi, s'était introduit, avec la complicité de quelqu'un, une sonde en gomme à travers l'orifice cervical. Trois jours après elle est admise à l'hôpital avec une température à $39^{\circ}5$; elle a présenté une abondante hémorragie. Le toucher vaginal révèle que le col est ouvert. L'opérateur introduit doucement une curette dans la cavité utérine et constate qu'elle s'enfonce très loin sans la moindre résistance. Il fait cependant un simple curettage qui ramène des débris placentaires et fait mettre de la glace sur le ventre de la malade. La température tombait à 37° dès le lendemain matin. Les suites opératoires furent absolument normales.

Nous ne discuterons pas ici la technique opératoire adoptée dans ce cas. Nous aurons l'occasion d'y revenir quand nous envisagerons la thérapeutique. Notons cependant que Mangé donne une observation de perforation utérine qui fut latente et dont l'évolution fut favorable.

Il n'en reste pas moins que les complications sont fréquentes.

LÉSIONS ASSOCIÉES.

Nous n'avons pas constaté les *lésions de la paroi*, d'ailleurs très rares, signalées par Lœwy et Battomley.

Parmi les *lésions viscérales*, l'atteinte fréquente du *grêle*, signalée par Porsch, Simoncélli, Stœckel, par-

fois pris pour un cordon lorsqu'il fait issue à travers la brèche utérine (cas rapporté par Broon Craig) n'a pas été décelée par l'intervention, ce que l'évolution favorable est venue confirmer.

Nous n'avons pas davantage à déplorer de lésions de l'épiploon (Klein), du *gros intestin* (Maxweel), de l'urètre (Otow, Wertheim, Hornung, Klauber, Péhan et Katz, 2 cas).

Mais il est une complication très rare sur laquelle nous devons un peu insister : la *rétenion de corps étranger dans la cavité abdominale*, sans qu'il en résulte de *phénomènes pathologiques graves*, et sans qu'aucun symptôme clinique permette de la suspecter.

Rappelons qu'en effet la sonde en gomme fut retrouvée dans la cavité abdominale, fixée le long du côlon ascendant et du cæcum par un tissu d'adhérences.

Ces faits ont cependant déjà été signalés dans la littérature médicale :

Lecène, Schreiner, Weber, Leriche relatent avoir retiré de l'abdomen des débris de canule.

Marchand, en 1897, opère une malade pour une tumeur abdominale apparue depuis quelque temps et trouve une bougie de Hégart entre les deux feuillet du mésentère. Accablée de questions la malade finit par avouer qu'elle s'était fait pratiquer des manœuvres abortives un an auparavant. Pendant un an ce corps étranger n'avait donc causé aucun accident.

Schartz découvre un crochet d'ivoire près du cæcum.

Lewis et Leicester extraient du bassin un fragment de bois.

Goulb trouve un crochet dans la cavité abdominale, près de l'ombilic.

Parry, Pétrepin et Foltz, Nuñez, Fels, Patrice découvrent par hasard un cathéter, une sonde et même un fragment de baleine de parapluie dans l'aine, le rectum et même transperçant le diaphragme.

Yanov rapporte, dans le numéro du 4 décembre 1930, p. 1754, de *la Semana Medica*, une observation très voisine de la nôtre :

Une sage-femme ne retrouve plus une sonde qui, introduite dans l'utérus, avait servi à pratiquer un avortement.

Un médecin, à cause d'une douleur iliaque droite et d'une légère élévation thermique, pense à l'appendicite et prescrit de la glace sur le ventre. Un chirurgien demandé par le médecin croit sentir une corde colique spasmée. Les symptômes restent frustes : constipation, douleur à droite.

La radiographie appelée à son tour conclut à la présence d'un corps étranger. C'est en effet la sonde à bout olivaire qui a perforé l'utérus et qui est depuis deux mois dans le ventre. Cette perforation de l'utérus avec rétention de corps étranger avait donné lieu à une pelvi-péritonite atténuée.

Dupinet a rapporté à Mondor, qui la relate, une observation de perforation avec rétention de corps étranger bien supportée.

Une jeune fille, se croyant enceinte, se fait prati-

quer un curettage. Le médecin introduit une bougie de Hégar qui se fragmente à la hauteur de l'anneau et dont une moitié disparaît. Dupinet appelé fait une laparotomie, trouve le fibrome qui avait fait croire à la grossesse, trouve la perforation utérine, mais non le corps étranger vulnérant. C'est la radiographie qui montra plus tard, sous le diaphragme, à gauche, d'où elle fut facilement extraite par incision sous-costale, la demi-bougie de Hégar.

Notons ici un fait sur lequel nous aurons l'occasion de revenir : dans les observations de Yanov, Dupinet et de même dans celle de Schreiner, seule la radiographie a fait le diagnostic de corps étranger.

IV. — Etude clinique.

C'est surtout ici que notre observation est originale. Voyons en effet comment les choses se passent le plus souvent.

Le diagnostic de perforation n'est guère fait d'emblée. Elle est niée ou méconnue par l'opérateur, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que la femme, qui désirait garder le secret de son avortement, mais qui est alarmée par des signes graves, se décide à consulter.

A côté des formes à début latent qui sont mises en lumière par les complications secondaires, il faut faire une place aux formes à *début net* qui évoluent *favorablement* :

1° FORMES BÉNIGNES.

A la suite d'applications de lamineires ou de sondes par un avorteur la malade demande un médecin, parce qu'elle présente des douleurs abdominales, des nausées, puis des vomissements fréquents. Le médecin constate que le pouls est rapide, la température élevée. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet de constater une légère défense de l'hypogastre accompagnée de douleurs, plutôt que de la contracture vraie. L'utérus est gros et douloureux; le col, entr'ouvert, est mou; les culs-de-sac sensibles, mais l'utérus est mobile, donc pas d'empâtement péri-utérin; avec un traitement simple : glace sur le ventre (et pour certaines injections antiseptiques), tout régresse lentement, sauf si une complication, surtout infectieuse, ne vient pas exiger l'intervention qui permet de découvrir une perforation parfois méconnue.

2° FORMES GRAVES.

Mais il existe des *formes graves*, soit d'emblée, soit secondairement :

Formes hémorragiques ou syncopales qui emportent la malade en quelques heures. L'hémorragie peut être externe, facilement décelable, ou bien interne : l'hémo-péritoine qui ne se caractérise que par l'état de shock (Bergougnan).

Les *formes gangréneuses* ne sont pas exceptionnelles (Mauclair, 1914). L'aspect de la malade permet souvent de faire à lui seul le diagnostic : teint

gris brunâtre, terreux, yeux excavés, lèvres violettes, ailes du nez battantes; le pouls est incomptable, la tension artérielle effondrée. La mort survient rapidement. Mais la majorité des formes graves revêtent le *masque de l'infection* et l'on discute la péritonite post-abortum et la septicémie puerpérale devant une malade qui présente de la fièvre, vomit et a des pertes de sang.

Rien de commun avec notre cas. Ici la perforation fut non seulement latente au moment où la femme la pratiqua, mais même le lendemain et dans les jours qui suivirent, et ce n'est pas un symptôme pathologique qui l'inquiéta et la dirigea sur la consultation de la Clinique Tarnier, mais le fait qu'elle ne retrouvait pas sa sonde. Elle venait pour que l'on sache si elle n'était pas restée dans sa matrice. A noter aussi que certains des symptômes constatés au cours des perforations criminelles sont liés non à la perforation utérine, mais à l'état de puerpéralité et que par conséquent l'on ne peut les retrouver chez notre *malade non enceinte*.

V. — Le diagnostic.

Le diagnostic se présente lui aussi d'une façon originale.

Il est classiquement des *cas faciles* :

La femme avoue la tentative d'avortement; elle rapporte la douleur brutale au moment de la perforation si, comme cela est très fréquent, elle n'est pas

anesthésiée. Le médecin constate l'altération de l'état général, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, la généralisation de la douleur abdominale, qui souvent décroît en intensité.

L'examen montre par la palpation une réaction péritonéale localisée ou généralisée, du météorisme. Le toucher montre un douglas douloureux et des signes d'irritation utérine : l'utérus est contracté et douloureux, le col entr'ouvert laisse échapper du sang. Parfois même des viscères font issue par le col utérin, rendant le diagnostic évident.

Mais il est des *cas difficiles* où le diagnostic erre, surtout si les signes d'infection prédominent entre appendicite, salpingite, avortement fébrile.

On pense aussi, à cause de la douleur et des signes abdominaux, à la torsion d'un kyste de l'ovaire, d'un fibrome sous-séreux pédiculé, voire à une fissure ou rupture de grossesse extra-utérine.

Les complications de la perforation viennent encore rendre le diagnostic plus délicat : hémorragie, péritonite, septicémie.

Le diagnostic est d'autant plus difficile à orienter que la femme se trompe, vous trompe ou même les deux à la fois.

Dans notre cas, rien de semblable.

La malade a avoué d'elle-même sa tentative d'avortement avec tout un luxe de détails. Elle nous a d'emblée aiguillé elle-même vers le diagnostic de perforation d'utérus. Mais au lieu d'être noyés dans un flot de symptômes variés faisant errer notre diag-

nostic, un interrogatoire répété, un examen minutieux par plusieurs accoucheurs et gynécologues n'a pas permis de retenir un seul symptôme. Et c'est seulement devant l'obstination de la malade que l'on se décida à faire une radiographie, qui nous donna la clef du diagnostic.

Donc seule la radiographie fit le diagnostic.

Ce fait, d'un intérêt capital dans la recherche des corps étrangers intra-abdominaux (venus par voie transutérine dans les cas dont nous nous occupons), a déjà été signalé dans les observations de Yanov et Dupinet, cité par Mondor, qui retrouvèrent ainsi une sonde urétrale en gomme pour l'un, un fragment de bougie de Hégar pour le second.

VI. — Evolution.

L'évolution fut favorable puisque, le 14 mars 1938, soit six semaines après l'intervention, la malade quittait guérie la Clinique Tarnier.

Or le pronostic est loin, selon la majorité des auteurs, d'être aussi favorable.

Parmi divers facteurs de gravité, signalons la septicité du milieu vaginal par où passe l'objet qui perfore l'utérus, la non stérilisation et même souvent la malpropreté du perforateur, le manque d'asepsie de l'opérateur lui-même, surtout si, comme dans notre cas, c'est la malade elle-même qui introduit la sonde ; une autre cause augmente encore la gravité de ces perforations, c'est le retard dans le diagnostic, dû non

pas tant à sa complexité, la laparotomie étant toujours faite dans les cas suspects, mais au fait que la malade se cache et ne prévient un médecin que lorsque son état est devenu grave.

Bonafos et Laffont ont publié une statistique qui tend à prouver que, abandonnées à elles-mêmes, les femmes guérissent dans 20 % des cas. 40 % des malades meurent, enfin 40 % des complications, parfois graves, ne sont pas mortelles.

La mort survient soit par *shock*, immédiatement ou dans les instants qui suivent, soit par *hémorragie* souvent très rapide, par *infection* ultérieurement : péritonite la plus fréquente, septicémie parfois.

Les *complications* viennent assombrir le pronostic : soit *précoces*, hémorragie, infection ; soit *tardives*, et ici nous devons signaler (car certains auteurs ont cru devoir en faire état pour en tirer des conclusions thérapeutiques) la rupture de l'utérus au cours d'un accouchement ultérieur.

VII. — Traitement.

1° INDICATION OPÉRATOIRE.

Devant la gravité du pronostic de ces perforations criminelles de l'utérus certains auteurs ont voulu pratiquer systématiquement l'intervention chirurgicale, le plus souvent pour faire une hystérectomie.

Les séances de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, en 1931, ont éclairé un peu la ques-

tion. La conclusion de ces débats faite par Basset, le 7 décembre 1931, en donne un excellent résumé.

Si l'accord est complet sur la nécessité de pratiquer l'intervention immédiate pour les cas de perforation large, dans un utérus infecté, dans les cas où les circonstances de la perforation sont peu nettes ou dans les cas où un viscère fait issue à travers la brèche utérine (quoique Dudley, de New-York, ait refoulé 20 cm. de grêle dans l'abdomen et qu'après un simple tamponnement utérin sa malade ait guéri), mais dans les cas où l'objet est de petit volume, deux groupes se séparent.

Les *interventionnistes* disent : la perforation est une « plaie pénétrante de l'abdomen » produite par voie particulièrement septique ; elle est donc soumise au principe directeur absolu de tout traitement chirurgical de ces plaies, et jusqu'ici le premier temps de l'intervention ne peut être comme d'habitude le débriement de la plaie suivi de la recherche et du traitement des lésions profondes, puis de la réparation de la brèche pariétale ; c'est à la laparotomie d'emblée qu'il faut recourir. Ne montre-t-elle que l'existence d'une légère plaie corporéale sans infection et sans lésions de voisinage ? Elle n'est pas inutile, puisqu'elle permet de s'assurer de la bénignité des dégâts et de conserver l'utérus en place après suture de la perforation. Seule, en revanche, elle permet de découvrir et de traiter une large brèche ou une lésion extra-utérine, d'évacuer du sang et des liquides septiques, des débris placentaires et de drainer largement le pelvis.

Les autres se réclament d'une « *vigilante expectative armée* » et citent des cas assez nombreux où la guérison s'est faite spontanément, parfois sans le moindre accident.

Les interventionnistes répondent pour expliquer ces guérisons faciles qu'il est de fausses perforations : la diastole utérine, en allongeant la cavité de la matrice, fait croire que la curette qui s'enfonce subitement plus loin a traversé le muscle utérin.

D'autre part, à propos de l'expectative, ils citent des cas où l'intervention secondaire a été trop tardive.

Mondor, à la Société de Chirurgie, a signalé que la période de latence assez fréquente avant les accidents graves faisait perdre en « expectative » un temps précieux.

Dans notre cas la latence absolue de la perforation et l'absence de tout symptôme de gravité a permis d'adopter d'abord la « *vigilante expectative armée* ». Pendant ce temps des radiographies de contrôle étaient répétées. Les examens préopératoires : examen clinique complet, recherche de l'albumine et du sucre urinaires, dosage de l'urée dans le sang, temps de saignement et de coagulation furent effectués. Puis, malgré l'absence de toute aggravation, le fait qu'à la perforation utérine s'ajoutait une rétention de corps étranger intra-abdominal imposa l'intervention.

2° TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

M. le Professeur Jeannin a choisi la voie haute. En effet, seule la laparotomie permet de retirer facile-

ment le corps du délit, de constater l'étendue des lésions et en particulier la présence ou l'absence de lésions associées. C'est ainsi qu'elle a permis de *libérer l'anse grêle* qui adhérait si intimement à l'utérus qu'on dû enlever un copeau d'utérus pour la mobiliser et a permis de *vérifier l'intégrité des autres anses grêles*. Elle a permis aussi de *suturer la plaie utérine* (faite d'ailleurs au cours de l'intervention).

L'utérus fut laissé en place. En effet, certains auteurs prétendent que l'utérus ainsi perforé est un foyer d'infection et que la solidité de la suture est douteuse. A l'appui de leur opinion ils citent des cas où au cours d'une grossesse ou d'un accouchement ultérieur l'utérus s'est rompu. Il suffit de leur répondre en leur montrant les innombrables césariennes qui ont accouché plusieurs fois sans danger, parfois spontanément après un dur et long travail. Au surplus cet argument interdisait les myomectomies pour fibrome et même les simples hystérotomies.

M. le Professeur Jeannin avait placé dans la cavité abdominale un sac de Mickulicz qui a eu l'avantage de séparer l'utérus de la masse des anses grêles et qui a permis de laisser s'écouler un peu de liquide sanieux.

L'évolution favorable est venue confirmer la sagesse de la thérapeutique.

CONCLUSIONS

Dans l'immense majorité des cas, la perforation de l'utérus, surtout si elle survient au cours d'une tentative d'avortement, est un accident très grave, riche en symptomatologie. Cette perforation de pronostic très sombre demande très souvent l'intervention d'urgence.

Cependant notre observation montre qu'à titre exceptionnel on a pu voir des faits bien différents. En effet :

Une *perforation de l'utérus* par un objet vraisemblablement septique, faite dans les conditions les plus mauvaises au point de vue compétence et propreté, ne s'est traduite par *aucun signe* qui puisse alerter ni la malade, ni même un médecin averti.

Seule la *radiographie* a fait le diagnostic.

Un *corps étranger* vraisemblablement septique, ne serait-ce que par son passage par le vagin, a été fort bien toléré pendant plusieurs jours dans la cavité abdominale.

L'*intervention chirurgicale par voie haute* a permis de faire un bilan exact des lésions, d'extraire le corps

étranger, de suturer l'utérus. L'opération, en partie grâce au sac de Mickulicz, n'a été suivie d'aucune suite fâcheuse, ni péritonite, ni occlusion intestinale. La malade a quitté la Clinique Tarnier entièrement guérie.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

